

BAB II

KAJIAN PUSTAKA

A. Tinjauan Penelitian Terdahulu

Subardi dan Suranto (2014) melakukan penelitian tentang akuntabilitas BPJS kesehatan cabang utama Yogyakarta dalam penanganan klaim asuransi program jaminan kesehatan nasional Januari-April 2014. Objek penelitian di BPJS kesehatan kantor cabang utama Yogyakarta. Teknis analisis data menggunakan model data interaktif dari Miles dengan tiga komponen. Hasil penelitian menyatakan bahwa akuntabilitas penanganan klaim asuransi secara umum sudah akuntabel (80,5%) meskipun ada beberapa indikator pengukuran belum akuntabel, seperti indikator jadwal dan indikator ketaatan pada peraturan dan prosedur. Sedangkan indikator kemampuan untuk melakukan evaluasi kinerja, indikator keterbukaan dalam pembuatan keputusan, dan indikator menerapkan efisiensi dan efektivitas biaya pelaksanaan tugas sudah akuntabel.

Riyanto (2015) meneliti tentang Alokasi Dana Desa (ADD) pada kantor desa Perangat Selatan Kecamatan Marangkayu Kabupaten Kutai Kartanegara. Teknis analisis data Pengumpulan Data, Reduksi Data, Penyajian Data, dan Penarikan Kesimpulan. Hasil dari penelitian ini menjelaskan bahwa akuntabilitas finansial dalam pengelolaan ADD mulai dari perencanaan sampai dengan pertanggungjawaban dapat dipertanggungjawabkan kepada seluruh pihak aparatur desa, namun belum bisa dipertanggungjawabkan didepan seluruh masyarakat desa. Faktor penghambat tercapainya akuntabilitas finansial pengelolaan ADD di kantor desa Perangat Selatan adalah munculnya aturan-aturan baru di Badan

Permasyarakatan Desa (BPD) dan ketua RT, faktor cuaca yang tidak mendukung yang kemudian berdampak pada terlambatnya suplai bahan bangunan, serta pemerintah desa masih belum mampu memaksimalkan pemanfaatan waktu dalam penyusunan laporan dan penyelesaian laporan pertanggungjawaban. Sedangkan faktor pendukung dalam pelaksanaan ADD adalah partisipasi masyarakat yang tinggi dalam kegiatan pembangunan.

Kholmi (2016) meneliti tentang Akuntabilitas Pengelolaan Alokasi Dana Desa Di Desa Kedungbetik Kabupaten Jombang. Peneliti menggunakan beberapa teknis analisis data yaitu : reduksi data, penyajian data, serta verifikasi. Hasil penelitian menunjukkan perencanaan dan pelaksanaan ADD di desa Kedungbetik kota Jombang bisa dikatakan akuntabel, ini dikarenakan perencanaan ADD berdasarkan program dari dusun yang kemudian dievaluasi melalui forum musyawarah di tingkat desa. Selain itu prosedur pencairan dan penyaluran ADD juga telah sesuai dengan regulasi kota Jombang demikian juga dengan sistem pelaporan ADD telah terintegrasi dengan APBDes.

Setiawan dkk (2017) meneliti tentang akuntabilitas pengelolaan dana desa di Desa Budugsidorejo Kabupaten Jombang tahun 2015. Peneliti menggunakan beberapa teknis analisis yaitu; 1) reduksi data, 2) penyajian data, 3) penarikan kesimpulan /verifikasi. Hasil penelitian menyatakan bahwa akuntabilitas dalam pengelolaan ADD telah sesuai dengan prosedur yang berlaku serta dapat terwujud karena adanya pengawasan internal maupun eksternal. Namun masih memiliki kekurangan yaitu kurangnya partisipasi masyarakat dalam proses perencanaan

pembangunan desa yang menggunakan dana ADD, akibatnya kebijakan yang diambil tidak melibatkan aspirasi masyarakat desa.

Tabel 2. 1. Ringkasan Penelitian

Nama Peneliti	Judul	Metode analisis	Hasil
Subardi dan Suranto (2014)	Akuntabilitas BPJS Kesehatan Cabang Utama Yogyakarta Dalam Penanganan Klaim Asuransi Program Jaminan Kesehatan Nasional Januari-April 2014	Model Data Interaktif Dari Miles Dengan Tiga Komponen : 1) Reduksi Data 2) Penyajian Data 3) Penarikan Kesimpulan	Akuntabilitas penanganan klaim asuransi secara umum sudah akuntabel (80,5%) meskipun ada beberapa indikator pengukuran belum akuntabel, seperti indikator jadwal dan indikator ketaatan pada peraturan dan prosedur. Sedangkan indikator kemampuan untuk melakukan evaluasi kinerja, indikator keterbukaan dalam pembuatan keputusan, dan indikator menerapkan efisiensi dan efektivitas biaya pelaksanaan tugas sudah akuntabel.
Riyanto (2015)	Alokasi Dana Desa (ADD) pada kantor desa Perangat Selatan Kecamatan Marangkayu Kabupaten Kutai Kartanegara	Pengumpulan Data, Reduksi Data, Penyajian Data, dan Penarikan Kesimpulan	Akuntabilitas finansial dalam pengelolaan ADD mulai dari pelaksanaan sampai dengan pencapaian dapat dipertanggungjawabkan kepada seluruh pihak aparatur desa, namun belum bisa dipertanggungjawabkan didepan seluruh masyarakat desa
Kholmi (2016)	Akuntabilitas Pengelolaan Alokasi Dana Desa Di Desa Kedungbetik Kabupaten	Reduksi Data, Penyajian Data, serta Verifikasi	Perencanaan dan pelaksanaan ADD di desa Kedungbetik kota Jombang bisa dikatakan akuntabel, ini dikarenakan perencanaan ADD

	Jombang.		berdasarkan program dari dusun yang kemudian dievaluasi melalui forum musyawarah di tingkat desa
Setiawan dkk (2017)	Akuntabilitas Pengelolaan Dana Desa Di Desa Budugsidorejo Kabupaten Jombang tahun 2015	1) Reduksi Data 2) Penyajian Data 3) Penarikan Kesimpulan	Akuntabilitas dalam pengelolaan ADD telah sesuai dengan prosedur yang berlaku serta dapat terwujud karena adanya pengawasan internal maupun eksternal. Namun masih memiliki kekurangan yaitu kurangnya partisipasi masyarakat dalam proses perencanaan pembangunan desa yang menggunakan dana ADD, akibatnya kebijakan yang diambil tidak melibatkan aspirasi masyarakat desa.

B. Kajian Pustaka

1. Definisi Akuntabilitas

Menurut Setiyono (2014: 193) akuntabilitas adalah prinsip yang menekankan bahwa segala perilaku, kebijakan, dan kegiatan institusi publik selalu dapat dipertanggungjawabkan dalam kerangka kepentingan publik. Tidak boleh ada sedikitpun fasilitas, anggaran, dan kewenangan yang dimiliki, digunakan bagi sesuatu yang bertujuan untuk kepentingan pribadi maupun kelompok.

Menurut Adisasmita (2011:89) akuntabilitas adalah sebagai kewajiban untuk memberikan pertanggungjawaban atau menjawab dan menjelaskan kinerja serta tindakan seseorang, badan hukum, pimpinan suatu organisasi kepada pihak

yang memiliki hak atau berkewenangan untuk meminta keterangan atau pertanggungjawaban

Menurut Kohler dalam Waluyo (2007: 191) akuntabilitas didefinisikan sebagai kewajiban seseorang (*employee*), agen, atau orang lain untuk memberikan laporan yang memuaskan (*satisfactory report*) secara periodik atas tindakan atau atas kegagalan untuk bertindak dari otorisasi atau wewenang yang dimiliki

Menurut Mahmudi (2015:9) akuntabilitas yaitu kewajiban untuk mempertanggungjawabkan apa yang telah dilakukan atau tidak dilakukan oleh seseorang dan harus diikuti dengan pemberian kapasitas untuk melaksanakan, keleluasaan (diskresi) dan kewenangan

Berdasarkan beberapa pengertian akuntabilitas diatas dapat dikatakan bahwa akuntabilitas adalah bentuk pertanggungjawaban individu/kelompok terhadap wewenang yang telah dilimpahkan oleh pihak yang lebih tinggi kepadanya, agar kewenangan tersebut dilaksanakan sesuai dengan kepentingan organisasi serta akuntabilitas juga bisa dijadikan sebagai alat pengendalian terhadap hal-hal yang menyimpang dari tujuan utama organisasi.

2. Prinsip-Prinsip Akuntabilitas

Menurut Adisasmita (2011:90) dalam melaksanakan akuntabilitas di lingkungan instansi pemerintah, perlu memperhatikan prinsip-prinsip berikut :

- a. Harus ada komitmen dari pimpinan dan seluruh staf instansi untuk melakukan pengelolaan pelaksanaan misi agar akuntabel
- b. Harus merupakan suatu sistem yang dapat menjamin penggunaan sumber-sumber daya secara konsisten dengan peraturan perundangan yang berlaku

- c. Harus dapat menunjukkan tingkat pencapaian tujuan dan sasaran yang telah diterapkan
- d. Harus berorientasi pada pencapaian visi dan misi serta hasil dan manfaat yang diperoleh
- e. Harus jujur, objektif, transparan, dan inovatif sebagai katalisator perubahan manajemen instansi pemerintahan dalam bentuk pemutakhiran metode dan teknik pengukuran kinerja dan penyusunan laporan akuntabilitas

1. Dimensi Akuntabilitas

Menurut Hopwood dan Tomkins dalam Mahmudi (2015:9-11) mengemukakan ada lima jenis akuntabilitas yaitu :

- a. Akuntabilitas hukum dan kejujuran, yaitu akuntabilitas yang berhubungan dengan dilakukannya kepatuhan terhadap hukum dan peraturan lain yang diisyaratkan dalam organisasi, sedangkan akuntabilitas kejujuran terkait dengan penghindaran penyalahgunaan jabatan, korupsi dan kolusi. Akuntabilitas hukum menjamin tegaknya supremasi hukum sedangkan akuntabilitas kejujuran menjamin adanya praktik organisasi yang sehat
- b. Akuntabilitas manajerial, yaitu akuntabilitas yang berhubungan dengan pertanggungjawaban lembaga publik untuk melakukan pengelolaan organisasi secara efektif dan efisien. Akuntabilitas manajerial dapat juga diartikan sebagai akuntabilitas kinerja (*performance accountability*). Inefisiensi organisasi publik adalah menjadi tanggung jawab lembaga yang bersangkutan dan tidak boleh dibebankan kepada klien. Akuntabilitas

manajerial juga berkaitan dengan akuntabilitas proses yang berarti bahwa proses organisasi harus dapat dipertanggungjawabkan, dengan kata lain tidak terjadi inefisiensi dan ketidak efektifan organisasi

- c. Akuntabilitas program, yaitu akuntabilitas yang berhubungan dengan program-program organisasi yang hendaknya merupakan program yang bermutu dan mendukung strategi dalam pencapaian visi, misi dan tujuan organisasi dimana lembaga publik harus mempertanggungjawabkan program yang telah dibuat sampai pada pelaksanaan program.
- d. Akuntabilitas kebijakan, yaitu akuntabilitas yang berhubungan dengan pertanggungjawaban pemerintah daerah terhadap DPRD sebagai legislatif dan masyarakat luas. Ini artinya perlu adanya transparansi kebijakan sehingga dapat melakukan penilaian dan pengawasan serta terlibat dalam pengambilan keputusan.
- e. Akuntabilitas finansial, yaitu akuntabilitas yang berhubungan dengan pertanggungjawaban lembaga-lembaga publik untuk menggunakan dana publik (*public money*) secara ekonomis, efisien dan efektif, tidak ada pemborosan dan kebocoran dana, serta korupsi. Akuntabilitas finansial ini sangat penting karena menjadi sorotan utama masyarakat, akuntabilitas ini mengharuskan lembaga-lembaga publik untuk membuat laporan keuangan untuk menggambarkan kinerja finansial organisasi kepada pihak luar.

4. Kendala-kendala Akuntabilitas

Menurut Mahsun (2006:97) dalam mengimplementasikan akuntabilitas pada umumnya menemui kendala yang justru akan menciptakan kesehatan dan

hubungan akuntabilitas yang tidak efektif. Berikut adalah hal-hal yang menjadi kendala akuntabilitas yaitu :

a. Agenda atau rencana yang tidak transparan

Agenda atau rencana yang disusun secara tidak transparan akan mengarahkan organisasi dalam suatu keadaan yang hanya menguntungkan perseorangan. Akuntabilitas mensyaratkan transparansi dan transparansi berarti keterbukaan

b. *Favoritism*

Favoritism merupakan isu yang bersifat licik. Manajemen dapat saja melakukan kinerja secara lebih unggul dan meninggalkan karyawan yang lainnya. *Favoritism* tidak mendukung *Inklusivitas* dan kerja tim, padahal terwujudnya akuntabilitas memerlukan kedua hal tersebut

c. Kepemimpinan yang lemah

Komitmen kepemimpinan untuk membangun suatu lingkungan yang memiliki akuntabilitas merupakan hal yang krusial. Tanpa kepemimpinan yang kuat, hasil kinerja akan kurang dari yang diharapkan

d. Kekurangan sumber daya

hal ini akan menjadi kurang bermanfaat jika individu atau kelompok tidak didukung sumber daya untuk melaksanakan pekerjaannya. Untuk memperoleh hasil yang baik atas kinerjanya, organisasi harus melakukan investasi pada karyawan untuk meningkatkan kualitas sumber daya

e. *Lack of Follow-Through*

Ketika manajemen mengatakan bahwa mereka akan mengerjakan sesuatu dan mereka tidak akan mengerjakan sesuatu, hal ini berarti manajemen mengatakan pada karyawan bahwa manajemen tidak dapat dipercaya untuk melakukan tindak lanjut

f. Garis wewenang dan tanggung jawab kurang jelas

Apabila garis wewenang dan tanggung jawab anggota organisasi ditetapkan dengan tidak jelas maka akan sulit untuk menentukan letak akuntabilitasnya. Kejelasan wewenang dan tanggung jawab merupakan inti dari suatu bentuk akuntabilitas.

g. Kesalahan penggunaan data

Informasi kinerja harus lengkap dan memiliki kredibilitas serta harus dilaporkan secara tepat waktu. Tanpa menggunakan data secara menyeluruh akan mendatangkan pemahaman yang kurang bermakna atas kinerja dan hal ini akan menjadi tidak berarti bagi organisasi

5. Faktor Keberhasilan Akuntabilitas

Adisasmita (2011:87) menyatakan bahwa untuk mencapai keberhasilan akuntabilitas perlu diperhatikan faktor-faktor berikut ini :

a. Kepemimpinan yang berkemampuan

Untuk menyelenggarakan akuntabilitas yang baik di instansi pemerintah diperlukan pemimpin yang sensitif, responsif, dan akuntabel serta transparan kepada bawahannya maupun kepada masyarakat

b. Debat publik

Sebelum kebijakan disahkan seharusnya dilakukan debat publik terlebih dahulu untuk memperoleh masukan yang maksimal. Dengan demikian akan diketahui apa dan bagaimana indikator kinerja yang harus dicapai organisasi, masyarakat akan memberikan banyak masukan.

c. Koordinasi

Koordinasi yang baik di dalam organisasi atau instansi maupun antar instansi pemerintah sangat diperlukan bagi tumbuh berkembangnya akuntabilitas.

d. Otonomi

Otonomi yang dimaksud pada teknis pelaksanaan kebijakan, tetapi harus tetap terpadu dengan kebijakan nasional. Instansi pemerintah dapat melaksanakan kebijakan menurut caranya sendiri yang dianggap paling efektif dan efisien bagi pencapaian tujuan organisasi.

e. Dapat diterima oleh semua pihak

Tujuan dan makna dari akuntabilitas harus dikomunikasikan secara terbuka kepada semua pihak sehingga standar dan aturannya dapat diterima semua pihak.

f. Negosiasi

Harus dilakukan negoisasi nasional mengenai perbedaan-perbedaan tujuan dan sasaran, tanggung jawab dan kewenangan setiap instansi pemerintah.

g. Perlu pemahaman masyarakat

Penerimaan masyarakat akan sesuatu hal yang baru akan banyak dipengaruhi oleh pemahaman masyarakat terhadap hal baru tersebut. Pelaksanaan akuntabilitas yang kemudian dikomunikasikan kepada seluruh masyarakat, sehingga akan dapat diperoleh ekspektasi dan bagaimana tanggapan mereka mengenai hal tersebut.

h. Adaptasi secara terus menerus

Sistem akuntabilitas harus secara terus menerus responsif terhadap setiap perubahan yang terjadi di masyarakat.

6. Definisi JKN

Jaminan kesehatan nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari sistem jaminan sosial nasional yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan nasional yang bersifat wajib (*mandatory*) berdasarkan undang-undang no 40 tahun 2004 tentang SJSN dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Implementasi program jaminan kesehatan yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan telah dimulai sejak 1 Januari 2014. Berbagai peraturan perundang-undangan dibentuk sebagai payung hukum bagi pelaksanaannya. Salah satunya adalah Peraturan Presiden Nomor 32 Tahun 2014 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah (Perpres No. 32 Tahun 2014) diharapkan mampu memberikan pedoman bagi fasilitas kesehatan tingkat

pertama (FKTP) milik pemerintah daerah dalam mengelola dan memanfaatkan dana kapitasi JKN.

7. Definisi Dana Kapitasi JKN

Berdasarkan ketentuan Pasal 1 angka 6 Perpres 32 Tahun 2014, dana kapitasi adalah besaran pembayaran per-bulan yang dibayar dimuka kepada FKTP berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan. Pengertian ini sama dengan istilah “tarif kapitasi” sebagaimana diatur dalam Pasal 1 angka 1 Permenkes Nomor 59 Tahun 2014 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional

Besaran tarif kapitasi bagi puskesmas berada dalam rentang Rp3.000,00 – Rp6.000,00 per peserta program JKN yang terdaftar di puskesmas tersebut. Misalnya di suatu puskesmas terdaftar peserta JKN sebanyak 5.000 peserta, dan tarif kapitasi di puskesmas tersebut ditetapkan sebesar Rp3.000,00/peserta, maka dana kapitasi yang dibayar oleh BPJS Kesehatan setiap bulannya adalah Rp15.000.000,00 (5.000 peserta x Rp3.000,00) tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada peserta JKN pada bulan bersangkutan.

Metode pembayaran berbasis kapitasi pada program JKN tersebut berbeda dengan metode pada saat jaminan kesehatan masih berbentuk Jamkesmas dan Jamkesda. Pembayaran oleh pemerintah pusat sebagai penyelenggara Jamkesmas, atau oleh pemerintah daerah sebagai penyelenggara Jamkesda kepada puskesmas

menggunakan metode klaim dengan memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan.

Penentuan jumlah peserta JKN terdaftar di suatu puskesmas ditetapkan berdasarkan data yang dimiliki oleh BPJS Kesehatan. Sedangkan penentuan besaran tarif kapitasinya dilakukan oleh BPJS Kesehatan dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota melalui proses seleksi dan kredensial terhadap puskesmas dengan mempertimbangan sumber daya manusia, kelengkapan sarana dan prasarana, lingkup pelayanan, dan komitmen pelayanan. Tarif kapitasi yang sudah ditentukan oleh BPJS Kesehatan dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota selanjutnya ditetapkan berdasarkan kesepakatan bersama antara BPJS Kesehatan dengan Asosiasi FKTP.

Mekanisme seleksi dan kredensial oleh BPJS Kesehatan dan Dinas Kesehatan dalam rangka penentuan tarif kapitasi diatur dalam Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 2 Tahun 2015 tentang Norma Penetapan Besaran Kapitasi dan Pembayaran Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama. Berdasarkan Peraturan BPJS Kesehatan tersebut, besaran tarif kapitasi puskesmas dipengaruhi oleh beberapa faktor yang disebut sebagai norma. Faktor-faktor yang menjadi pertimbangan dalam menentukan besaran tarif kapitasi bagi puskesmas adalah:

a. Sumber daya manusia

Pertimbangan sumber daya manusia meliputi ketersediaan dokter berdasarkan jumlah rasio jumlah dokter dengan jumlah peserta terdaftar

dan ketersediaan dokter gigi, perawat, bidan termasuk jejaring bidan dan tenaga administrasi

b. Kelengkapan sarana dan prasarana

Pertimbangan kelengkapan sarana dan prasarana meliputi kelengkapan sarana prasarana yang diperlukan dalam memberikan pelayanan dan waktu pelayanan di puskesmas

c. Lingkup pelayanan

Pertimbangan lingkup pelayanan meliputi pelayanan rawat jalan tingkat pertama sesuai peraturan perundang-undangan, pelayanan obat, dan pelayanan laboratorium tingkat pertama

d. Komitmen pelayanan

Komitmen pelayanan adalah komitmen FKTP untuk meningkatkan mutu pelayanan melalui pencapaian indikator pelayanan kesehatan perseroangan yang disepakati

Setiap puskesmas yang bekerjasama dengan BPJS kesehatan harus memenuhi persyaratan:

- 1) Memiliki perawat
- 2) Memiliki bidan dan/atau jejaring bidan
- 3) Memiliki tenaga administrasi
- 4) Memenuhi kriteria kredensialing dan rekredensialing
- 5) Memberikan pelayanan rawat jalan tingkat pertama sesuai peraturan perundang-undangan
- 6) Memberikan pelayanan obat

- 7) Memberikan pelayanan laboratorium tingkat pertama
- 8) Membuka waktu pelayanan minimal 8 (delapan) jam setiap hari kerja
- 9) Memberikan pelayanan darurat diluar jam pelayanan

Puskesmas yang telah memenuhi persyaratan memperoleh pembayaran dengan besaran tarif kapitasi yang didasarkan pada jumlah dokter, rasio jumlah dokter dengan jumlah peserta, ada atau tidaknya dokter gigi, dan waktu pelayanan. Semakin lengkap SDM dan sarana prasarana yang dimiliki, serta jenis dan lingkup pelayanan yang diberikan, semakin besar tarif kapitasi yang akan diperoleh puskesmas.

Cara sederhana, untuk mengetahui besaran tarif kapitasi di suatu puskesmas, dapat dilakukan dengan mengelompokan puskesmas menjadi dua kategori. Pertama, puskesmas yang memberikan pelayanan 24 jam dan yang kurang dari 24 jam. Tarif kapitasi untuk puskesmas yang memberikan pelayanan kurang dari 24 jam berada dalam rentang Rp3.000,00 – Rp3.500,00/peserta JKN. Sedangkan, puskesmas yang memberikan pelayanan 24 jam tarif kapitasinya berada dalam rentang Rp3.500,00 – Rp6.000,00.

8. Pengelolaan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional

Peraturan Menteri Kesehatan No. 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan menentukan bahwa bagi puskesmas yang belum menerapkan PPK-BLUD, pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi dilakukan sesuai dengan ketentuan perundang-undangan di bidang pengelolaan keuangan daerah. Di dalam ketentuan Perpres No. 32 Tahun 2014 terdapat pengecualian terhadap ketentuan dalam Permendagri No. 13 Tahun 2006,

khususnya terkait pembayaran langsung kepada bendahara dana kapitasi JKN di puskesmas dan penggunaan langsung oleh puskesmas untuk pelayanan peserta JKN.

Berdasarkan ketentuan Pasal 1 angka 5 Perpres 32 Tahun 2004, pengelolaan dana kapitasi adalah tata cara penganggaran, pelaksanaan, penatausahaan, dan pertanggungjawaban dana kapitasi yang diterima oleh FKTP dari BPJS Kesehatan dan ditambah dengan mekanisme penyaluran dan mekanisme pengawasan sebagai mekanisme yang dilakukan secara teknis.

a. Mekanisme Penyaluran Dana Kapitasi

BPJS Kesehatan melakukan pembayaran dana kapitasi kepada puskesmas. Pembayaran dana kapitasi tersebut didasarkan pada jumlah peserta yang terdaftar di puskesmas sesuai data dari BPJS Kesehatan. Dana kapitasi dibayarkan langsung oleh BPJS Kesehatan kepada Bendahara Dana Kapitasi JKN pada puskesmas.

Pembayaran langsung kepada Bendahara Dana Kapitasi JKN pada puskesmas merupakan pengecualian atas ketentuan pasal 1 angka 48 Permendagri No. 13 Tahun 2006, yang menentukan bahwa penerimaan daerah adalah uang yang masuk ke kas daerah. Demikian juga Pasal 13 ayat (2) Undang-undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara yang menentukan bahwa semua penerimaan dan pengeluaran daerah dilakukan melalui rekening kas umum daerah

Ketentuan dalam Perpres 32 Tahun 2014 memang menyatakan bahwa rekening dana kapitasi JKN yang dikelola oleh Bendahara Dana Kapitasi

JKN di puskesmas ditetapkan oleh Kepala Daerah dan merupakan bagian dari rekening Bendahara Umum Daerah. Belanja daerah dilakukan tanpa melalui mekanisme penerbitan SPD, SPP, SPM, dan SP2D yang mensyaratkan adanya bukti pertanggungjawaban yang lengkap dan sah, sebagaimana diatur dalam Pasal 196 – Pasal 227 Permendagri No. 13 Tahun 2006. Sebagai gantinya, Perpres 32 Tahun 2014 mengatur tata cara pelaporan realisasi penerimaan dan penggunaan dana kapitasi oleh kepala puskesmas dan Kepala Dinas Kesehatan kepada PPKD. Tata cara yang sejatinya merupakan konsep tata kelola keuangan bagi BLUD sebagaimana diatur dalam Pasal 62 ayat (4) dan Pasal 66 ayat (1) Permendagri No. 61 Tahun 2007.

b. Mekanisme Penganggaran

Sebagai UPT Dinas Kesehatan, rencana pendapatan dan belanja puskesmas yang bersumber dari dana kapitasi JKN harus dianggarkan dalam Rencana Kerja dan Anggaran (RKA) Dinas Kesehatan.

Kepala Puskesmas menyampaikan rencana pendapatan dan belanja dana kapitasi JKN (RPBDK) tahun berjalan kepada Kepala Dinas Kesehatan. RPBDK tersebut mengacu pada jumlah peserta yang terdaftar di puskesmas dan besaran kapitasi JKN, sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku. RPBDK dianggarkan dalam RKA-SKPD Dinas Kesehatan. Tata cara dan format penyusunan RKA-SKPD Dinas Kesehatan dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan di bidang pengelolaan keuangan daerah.

c. Mekanisme Pelaksanaan dan Penatausahaan

Mekanisme pelaksanaan dan penatausahaan dana kapitasi JKN pada Puskesmas dilaksanakan dengan tahapan sebagai berikut.

- 1) Kepala Dinas Kesehatan menyusun Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) berdasarkan peraturan daerah tentang APBD tahun anggaran berkenaan dan peraturan kepala daerah tentang penjabaran APBD tahun anggaran berkenaan
- 2) Kepala daerah menetapkan Bendahara Dana Kapitasi JKN pada Puskesmas atas usul Kepala Dinas Kesehatan melalui PPKD
- 3) Bendahara Dana Kapitasi JKN pada Puskesmas membuka Rekening Dana Kapitasi JKN, yang ditetapkan oleh Kepala Daerah dan merupakan bagian dari Rekening BUD
- 4) Kepala Puskesmas menyampaikan Rekening Dana Kapitasi JKN kepada BPJS Kesehatan
- 5) BPJS Kesehatan membayar dana kapitasi JKN melalui Rekening Dana Kapitasi JKN pada Puskesmas yang diakui sebagai pendapatan Puskesmas dan dapat dipergunakan langsung untuk membayar jasa pelayanan kesehatan dan dukungan biaya operasional pada Puskesmas
- 6) Bendahara Dana Kapitasi JKN pada Puskesmas mencatat dan menyampaikan laporan realisasi pendapatan dan belanja setiap bulan kepada Kepala Puskesmas
- 7) Kepala Puskesmas menyampaikan laporan realisasi pendapatan dan belanja tersebut kepada Kepala Dinas Kesehatan dengan melampirkan

surat pernyataan tanggung jawab. Dalam hal pendapatan dana kapitasi tidak digunakan seluruhnya pada tahun anggaran berkenaan, dana kapitasi tersebut digunakan untuk tahun anggaran berikutnya

- 8) Berdasarkan laporan realisasi pendapatan dan belanja yang disampaikan oleh Kepala Puskesmas, Kepala Dinas Kesehatan menyampaikan Surat Permintaan Pengesahan Pendapatan dan Belanja (SP3B) Puskesmas kepada PPKD. SP2B FKTP tersebut termasuk sisa dana kapitasi yang belum digunakan pada tahun anggaran berkenaan
- 9) Berdasarkan SP3B Puskesmas, PPKD selaku BUD menerbitkan Surat Pengesahan Pendapatan dan Belanja (SP2B) Puskesmas. PPK-SKPD dan PPKD melakukan pembukuan atas pendapatan dan belanja Puskesmas berdasarkan SP2B

d. Mekanisme Pertanggungjawaban

Kepala Puskesmas bertanggung jawab secara formal dan material atas pendapatan dan belanja dana kapitasi JKN. Pendapatan dan belanja dana kapitasi disajikan dalam Laporan Keuangan Dinas Kesehatan dan Laporan Keuangan Pemerintah Daerah. Tata cara dan format penyusunan laporan keuangan dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan di bidang pengelolaan keuangan daerah.

Realisasi penerimaan dan belanja dana kapitasi disajikan dalam Laporan Realisasi Anggaran Dinas Kesehatan. Tata cara dan format penyusunan laporan keuangan diatur dalam Pasal 265 Permendagri No. 13 Tahun 2006.

e. Mekanisme Pengawasan

Penerimaan dan pemanfaatan dana kapitasi oleh Bendahara Dana Kapitasi JKN pada puskesmas diawasi secara berjenjang oleh Kepala Dinas Kesehatan dan Kepala Puskesmas. Selain itu, dilakukan juga pengawasan fungsional oleh Aparat Pengawas Internal Pemerintah (APIP) sesuai ketentuan yang berlaku.

Pengawasan secara berjenjang oleh Kepala Dinas Kesehatan dan Kepala Puskesmas, serta pengawasan fungsional oleh APIP tersebut dilaksanakan untuk meyakinkan efektifitas, efisiensi, dan akuntabilitas pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi.

9. Standar Operasional Prosedur (SOP) Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)

a. Mekanisme Penyaluran

- 1) BPJS memberitahukan kepada bendahara JKN melalui pesan singkat bahwa dana kapitasi JKN untuk satu bulan telah ditransfer ke rekening bendahara
- 2) Bendahara mengecek rekening koran dari bank untuk memastikan jika dana kapitasi sudah masuk ke dalam rekening bendahara
- 3) Bendahara membuat tanda bukti penerimaan dan mencairkan dana kapitasi JKN sesuai dengan kebutuhan untuk jasa pelayanan kesehatan dan biaya operasional pelayanan kesehatan selama satu bulan
- 4) Bendahara melakukan belanja dan mencatat pendapatan pada buku kas pembantu kapitasi

- 5) Bendahara membuat laporan penutupan kas setiap bulan kemudian diserahkan kepada kepala FKTP untuk disetujui dengan membawa bukti rekening koran

b. Mekanisme Penganggaran

- 1) Kepala FKTP menyusun rencana pendapatan dan belanja yang dituangkan dalam Rencana Kerja dan Anggaran (RKA) selama satu tahun
- 2) Dinas Kesehatan melakukan penilaian apakah rencana yang dibuat oleh FKTP sesuai atau tidak dengan dokumen perencanaan lainnya yang telah dibuat dan disetujui sebelumnya
- 3) Apabila terjadi perubahan anggaran maka kepala FKTP dibantu dengan bendahara JKN menyusun kembali anggaran kas perubahan
- 4) Kepala FKTP menyetujui anggaran kas perubahan dan menyerahkan kepada Dinas Kesehatan
- 5) Dinas Kesehatan menilai perubahan anggaran kas yang diajukan dengan ketersediaan dana

c. Mekanisme Pelaksanaan dan penatausahaan

- 1) Bendahara melakukan perhitungan untuk jasa pelayanan kesehatan sesuai dengan poin setiap variabel (jabatan dan kehadiran)
- 2) Kepala FKTP, Bendahara, kepala divisi, dan seluruh staff melakukan rapat untuk membahas keperluan selama satu bulan berdasar pada RKA yang telah dibuat sebelumnya
- 3) Bendahara mengeluarkan dana untuk setiap divisi sesuai kebutuhan berdasar pada hasil rapat

- 4) Bendahara mencatat pengeluaran pada laporan pendapatan dan belanja kemudian diserahkan kepada kepala FKTP untuk disetujui dan membuat buku kas bendahara dana kapitasi JKN dalam rangka pencatatan pendapatan dan belanja setiap bulan

d. Mekanisme Pertanggungjawaban

- 1) Kepala FKTP bertanggung jawab secara formal dan materi atas pengelolaan dana kapitasi JKN
- 2) Bendahara membuat laporan realisasi dana kapitasi JKN setiap bulan
- 3) Bendahara membuat laporan pertanggungjawaban dana kapitasi JKN setiap bulan berdasarkan pada laporan penutupan kas yang telah disetujui oleh kepala FKTP
- 4) Membuat Surat Pertanggungjawaban (SPJ) yang berisi tentang lampiran semua bukti belanja dan dilakukan oleh pengelola SPJ
- 5) Bendahara membuat laporan pajak untuk pembelian barang modal
- 6) Kepala FKTP melakukan pengecekan dan memberi persetujuan atas semua laporan yang dibuat oleh bendahara dan pengelola SPJ dan menandatangani surat pernyataan tanggung jawab
- 7) Bendahara didampingi kepala FKTP menyerahkan laporan terkait pertanggungjawaban ke dinas kesehatan untuk diperiksa dan setujui
- 8) Dinas kesehatan membuat laporan pertanggungjawaban untuk BPJS Kesehatan berdasar pada laporan pertanggungjawaban yang telah dibuat oleh setiap FKTP

e. Mekanisme Pengawasan

- 1) Pertanggungjawaban yang dilakukan oleh bendahara diawasi secara berjenjang oleh kepala dinas kesehatan dan kepala puskesmas serta pengawasan fungsional dilakukan oleh Aparat Pengawas Internal Pemerintah
- 2) Kepala FKTP melakukan pemeriksaan untuk setiap jenis pelaporan yang dibuat oleh bendahara sebelum disetujui
- 3) Kepala dinas kesehatan melakukan pengawasan setiap bulan dengan memeriksa laporan yang telah dibuat oleh bendahara sebelum disetujui dan menandatangani lembar konsultasi pada buku kerja yang ada pada setiap FKTP
- 4) Inspektorat audit melakukan pengawasan setiap satu tahun sekali dengan memeriksa secara keseluruhan laporan yang telah dibuat oleh bendahara

10. Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional

Pemanfaatan dana kapitasi dibatasi penggunaannya berdasarkan Perpres No. 32 Tahun 2014 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah, dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2016 tentang Penggunaan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Untuk Jasa Pelayanan Kesehatan dan Dukungan Biaya Operasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah.

Dana kapitasi JKN dimanfaatkan seluruhnya untuk jasa pelayanan kesehatan dan dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan. Jasa pelayanan

meliputi jasa pelayanan kesehatan perorangan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan. Dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan meliputi biaya obat, alat kesehatan, bahan medis habis pakai, dan dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan lainnya.

Jasa pelayanan kesehatan ditetapkan sekurang-kurangnya 60% (enam puluh persen) dari total penerimaan dana kapitasi JKN. Sisanya, dimanfaatkan untuk dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan. Besaran alokasi pemanfaatan dana kapitasi JKN yang diterima oleh puskesmas dari BPJS ditetapkan setiap tahun dengan Keputusan Kepala Daerah atas usulan Kepala Dinas Kesehatan dengan mempertimbangkan kebutuhan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai kegiatan operasional pelayanan kesehatan dalam rangka mencapai target kinerja di bidang upaya kesehatan perorangan; dan besar tunjangan yang telah diterima dari pemerintah daerah.

a. Jasa Pelayanan Kesehatan

Alokasi dana kapitasi untuk pembayaran jasa pelayanan kesehatan dimanfaatkan untuk pembayaran jasa pelayanan kesehatan bagi tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan yang melakukan pelayanan pada Puskesmas. Pembagian jasa pelayanan kesehatan tersebut ditetapkan dengan mempertimbangkan variabel:

- 1) Jenis ketenagaan dan/atau jabatan; dan
- 2) Kehadiran

Variabel jenis ketenagaan dan/atau jabatan dinilai sebagai berikut:

- 1) Tenaga medis, diberi nilai 150

- 2) Tenaga apoteker atau tenaga profesi keperawatan (Ners), diberi nilai 100
- 3) Tenaga kesehatan setara S1/D4, diberi nilai 80
- 4) Tenaga kesehatan D3, diberi nilai 60
- 5) Tenaga non kesehatan minimal setara D3, atau asisten tenaga kesehatan diberi nilai 50

Tenaga yang merangkap tugas administratif diberi nilai sebagai berikut:

- 1) Tambahan nilai 100 untuk tenaga yang merangkap tugas sebagai FKTP
- 2) Tambahan nilai 50 untuk tenaga yang merangkap tugas sebagai bendahara Dana Kapitasi JKN
- 3) Tambahan nilai 30 untuk tenaga yang merangkap tugas sebagai Kepala Tata Usaha atau penanggung jawab penatausahaan keuangan

Variabel kehadiran dinilai sebagai berikut :

- 1) Hadir setiap hari kerja, diberi nilai 1 poin perhari; dan
- 2) Terlambat hadir atau pulang sebelum waktunya yang diakumulasi sampai dengan 7 (tujuh) jam, dikurangi 1 poin

Ketidakhadiran akibat sakit dan/atau penugasan ke luar kota oleh kepala FKTP dikecualikan dalam penilaian kehadiran. Jumlah jasa pelayanan yang diterima oleh masing-masing tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan dihitung dengan menggunakan formula sebagai berikut :

Presentasi kehadiran x {jenis ketenagaan+masa kerja+rangkap tugas administrasi+tanggungjawab program yang dipegang}

X Jumlah dana jasa pelayanan

Total jumlah seluruh point

Keterangan: -Persentase kehadiran : jumlah kehadiran dibagi jumlah hari kerja dalam 1 bulan

b. Biaya Operasional Pelayanan Kesehatan

Alokasi dana kapitasi untuk dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan dimanfaatkan untuk:

1. Obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang pengadaannya dapat dilakukan melalui SKPD Dinas Kesehatan, dengan mempertimbangkan ketersediaan obat, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai yang dialokasikan oleh pemerintah dan pemerintah daerah; dan
2. Kegiatan operasional pelayanan kesehatan lainnya, yang meliputi :
 - 1) Upaya kesehatan perorangan berupa kegiatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitas lainnya
 - 2) Kunjungan rumah dalam rangka upaya kesehatan perorangan
 - 3) Operasional untuk puskesmas keliling
 - 4) Bahan cetak atau alat tulis kantor; dan/atau
 - 5) Administrasi keuangan dan sistem informasi

10. Definisi Puskesmas

Pusat Kesehatan Masyarakat yang dikenal dengan sebutan Puskesmas adalah Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang bertanggung jawab atas kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya pada satu atau bagian wilayah kecamatan. Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang

Pusat Kesehatan Masyarakat dinyatakan bahwa Puskesmas berfungsi menyelenggarakan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) tingkat pertama. Puskesmas merupakan Unit Pelaksana Teknis Daerah (UPTD) dinas kesehatan kabupaten/kota, sehingga dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, akan mengacu pada kebijakan pembangunan kesehatan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota bersangkutan, yang tercantum dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) dan Rencana Lima Tahunan dinas kesehatan kabupaten/kota

